Separat-Abdruck aus den Verhandlungen des Naturhist.-Med. Vereins zu Heidelberg. N. F. IV. Bd. 3. Heft. Verlag von Carl Winter's Universitätsbuchhandlung in Heidelberg.

9

Sitzung vom 27. November 1888 in der Augenklinik.
(Nachtrag.)

Prof. **Czerny**: Ueber Meloplastik.

Nachdem er die älteren Methoden der Wangenbildung, die Operationen von *Jäsche*, *Gussenbauer*, *Hahn-Israel*, *Gersuny* und *von Hacker* kurz erklärte, wurde ein Kranker vorgestellt, bei welchem wegen eines Schleimhaut-Carcinoms mit Submaxillardrüsenschwellung die linke Wange in ihrer ganzen Dicke in der Grösse eines Fünfmarkstückes am 7. Nov. 1888 entfernt werden musste. Der Defect wurde durch einen gedoppelten Lappen in der Weise ersetzt, dass links vom Wangendefect ein ca. 5 cm breiter und 12 cm langer Lappen mit oberer dem unteren Rande des Jochbeins entsprechender Basis zur Deckung benutzt wurde. Der Lappen reichte über den Unterkieferrand, die Submaxillargegend bis zur Mitte des Kopfnickers herab, bestand aus Haut und Platysma und war fast doppelt so lang, als er für die einfache Deckung des Defectes durch seitliche Drehung nöthig gewesen wäre. Die Spitze des Lappens wurde so weit umgeschlagen und Wunde an Wunde mit drei Matratzennähten befestigt, dass sie beiläufig den Schleimhautverlust des Wangendefectes ersetzen konnte. Der umgeschlagene Lappentheil wurde durch Catgutnähte rings herum mit den Schleimhauträndern vereinigt. Dann folgten die Hautnähte, wodurch die basale Hälfte des Lappens den Wangenhautdefect deckte. Die Halswunde liess sich bis auf ein kleines Dreieck unter dem Kieferrande, wo vorher die Submaxillardrüse mit den geschwollenen Lymphdrüsen entfernt wurde, durch Nähte schliessen. Die Wunde heilte per I., so weit sie genäht war und nur an der Stelle, wo die Zähne des Unterkiefers trotz zwischengelegter Jodoformgaze den Lappen etwas drückten, entwickelte sich ein kleiner Decubitus. Nachdem dieser

sich gereinigt hatte, war Patient mit seinem Zustand so zufrieden, dass er schon am 1. Dec. entlassen zu werden verlangte.

Am 12. Januar 1889 stellte er sich zur Correctur des Mundwinkels ein. Dieselbe wurde in der Weise vorgenommen, dass der freie Rand des (duplicirten) Lappens so tief seitlich eingeschnitten wurde, dass dadurch ein der gesunden Seite symmetrischer Mundwinkel entstand. Die dadurch entstandenen zwei rechtwinkligen Zipfel wurden an der Ober- und Unterlippe in die Wundwinkel eingenäht, welche durch Ablösung des Lippenrothes (nach *v. Langenbeck*) entstanden waren, und die beiden Lippenrothläppchen bis in den neugebildeten Mundwinkel verzogen und daselbst eingenäht. Die Schneidezähne konnten schon am 10. Tage nach dieser Operation zwei Centimeter weit geöffnet werden. Die der Mundhöhle zugewendete Fläche des Lappens besass zwar noch epidermisartige Bedeckung, war aber rosig gefärbt und frei von Haaren.

Die Vortheile dieser Methode sind folgende:

1. Lässt sich der Defect in einer Sitzung decken, was von den obengenannten Methoden nur diejenige *Gersuny*'s zu leisten vermag.

2. Legt der Lappen die Submaxillargegend behufs gründlicher Drüsenausräumung frei, während man bei der *Hahn-Israel*'schen Methode durch die Gefahr, dem Lappen die Ernährung abzuschneiden, daran gehindert ist.

3. Wird die Schleimhaut ersetzt durch Halshaut, welche in der Regel frei von Haaren ist.

Den naheliegenden Vorwurf, dass ein so langer gedoppelter Halshautlappen an der Spitze leicht absterben dürfte, suchte ich zu umgehen dadurch, dass ich den Lappen aus Haut und Platysma bildete, um seine Ernährung besser zu sichern, wenn es auch zweifelhaft sein mag, ob die Muskulatur des Platysma nach ihrer Transplantation funktionsfähig bleiben wird. Den Zahn-Decubitus an der Innenfläche des Lappens könnte man vielleicht durch eine dünne Bleiplatte, welche durch die Matratzennähte zu befestigen wäre, verhindern.

Prof. **Czerny**: Ueber tuberculöse Peritonitis.

1. Ferner wurde eine 25jährige Frau vorgestellt, bei welcher am 5. November die Laparotomie wegen tuberculöser Peritonitis ausgeführt worden war. Dieselbe war hereditär nicht belastet und in erster Ehe kinderlos verheirathet mit einem Manne, welcher schon nach einem Jahre an Lungenphthise starb. Seit dem 22. Jahre zum zweiten Male mit einem Achatschleifer verheirathet, hatte sie im 24. Jahre ein Kind, welches nach $^3/_4$ Jahren an Lungenentzündung starb. Seit dem Herbst 1887 fing der Unterleib an dicker zu werden. Seit März 1888 blieb die Periode weg. Da die Flüssigkeitsansammlung lästig wurde, entleerte Herr Dr. *Heddäus* in Idar um dieselbe Zeit mit dem Troikar etwa 8 Liter schleimig-seröser Flüssigkeit. Gleichzeitig wurde ein periostaler Abscess an der linken Ulna eröffnet. Die Flüssigkeit sammelte sich in drei Wochen wieder an und verlor sich dann wieder von selbst mit Hinterlassung einer kleineren Geschwulst, welche den Eindruck eines Ovarialcystoms machte. Am 19. October wurde das untere Ende der tuberculös erkrankten Ulna resecirt, eine leichte Spitzendämpfung, abgesacktes Exsudat und Schwarten im kleinen Becken festgestellt. Die klinische Diagnose wurde auf tuberculöse Peritonitis gestellt und da die Lungenaffection stille zu stehen schien, kein Auswurf vorhanden war und auch die Resectionswunde heilte, wurde am 5. Nov. die Laparotomie ausgeführt. Dabei fand sich kein flüssiger Erguss mehr, sondern käsige Schwarten, welche von den Tuben und Ovarien ausgehend in fingerdicken Platten und Strängen das Netz durchsetzten und zwischen den verklebten Darmschlingen und Gekrösefalten bis an die Wirbelsäule, die Leberpforte und Milz heranreichten. Eine ganze Schüssel voll von diesen Schwarten, nebst den Tuben und Ovarien, wurde exstirpirt. Dann Toilette und Schluss der Bauchwunde.

Der anfängliche Collaps wurde mit Strophanthus wirksam bekämpft; während des 12tägigen Fiebers stellte sich Husten und Bacillen-Auswurf ein, dann trat Entfieberung und Reconvalescenz ein. Entlassung Ende November 1888.

Nach Bericht von Herrn Dr. *Heddäus* jun. blieb der Unterleib stets weich und nachgiebig, die Palpation schmerzlos, die Bauchnarbe

fest und reactionslos. Die Parametrien waren frei und schmerzlos, der Uteruskörper nach vorne geneigt, verschieblich. Dagegen machte das Lungenleiden rasche Fortschritte. Dazu kam Röthung und Schwellung der Kehlkopfschleimhaut, eine Perforation des rechten Trommelfells. Hectisches Fieber, Nachtschweisse verzehrten die Kräfte, so dass sie am 18. Febr. 1889 starb. Section verweigert.

In den exstirpirten Schwarten waren Granulationszellen mit Riesenzellen und auch vereinzelte Tuberkelbacillen nachweisbar.

Prof. *Czerny* berichtet, dass er bisher ausser diesem Falle noch 5mal Laparotomieen wegen tuberculöser Peritonitis gemacht habe. Ausserdem begegnete er einer Miliartuberculose des Peritoneums bei der Ovariotomie eines vereiterten Cystoms, welche nach langem Krankenlager zu einer vollständigen (8jährigen) Genesung führte; ferner bei einer Myomotomie, die nach *Schröder* operirt etwa ein Vierteljahr später an tuberculöser Peritonitis starb. Kürzlich bei einem irreponiblen Netzbruch. Das chronisch entzündete Netz wurde resecirt und war ganz durchsetzt mit Miliartuberkeln. Trotzdem heilte der Patient nach der radikalen Operation ohne Störung. Schon im vorigen Jahre wurde im Verein eine Patientin vorgestellt, bei welcher er wegen circulärem tuberculösen Geschwür die Darmresection mit Erfolg ausgeführt hatte. Von vier solchen Operationen ist durch Complicationen eine ungünstig verlaufen.

Von den sechs Fällen tuberculöser Peritonitis wurde der erste schon am 7. Juni 1880 operirt (Dr. *H. Gehle*, Ueber die primäre Tuberculose der weiblichen Genitalien. Heidelberger Dissertation 1881) und starb 5 Wochen später an Miliartuberculose.

2. Luise Remig, 64 Jahre, Kaiserslautern, bemerkte seit 2 Monaten die Zunahme des Bauchumfanges und Oedeme. Nach der Punction am 5. Juli 1882, welche biliprasinhaltiges Serum ergab, wurde die Diagnose auf chronische Peritonitis gestellt. Am 2. Aug. 1882 Incision und Entleerung von sechs Liter ascitischer Flüssigkeit. Das Peritoneum allenthalben mit miliaren Knötchen besetzt. Im Mesenterium und im Douglas'schen Raume bis nussgrosse Drüsentumoren fühlbar. Am 26. August in gutem Zustande entlassen. Sie soll am 8. Nov. 1882 gestorben sein.

3. Elisabeth Bihl, 33 Jahre, Schwanden, keine Heredität, vor drei Jahren eine Vereiterung der Unterkieferdrüse. Seit dem letzten (8.) Wochenbette im Mai 1882 heftige Schmerzen und Schwellung des Unterleibes, so dass sie seit September das Bett hüten musste. Da nach der Punction am 9. Oct. etwas Spitzendämpfung (keine Tuberkelbacillen) und schwartenförmige Anschwellungen im Douglas zu fühlen waren, wurde die Diagnose auf käsige Salpyngitis, Oophoritis und Ascites gestellt. Bei der Laparotomie am 26. Febr. 1883 fanden sich zahlreiche miliare Knötchen am Bauchfell. Der Ascites wurde entleert, dann die Bauchwunde geschlossen. Verlauf fieberlos und am 14. März konnte sie aufstehen, allein die Narbe brach wieder auf, es trat Fieber und Husten auf, am 16. April wurde sie auf Verlangen in herabgekommenem Zustande nach Hause entlassen, wo sie schon am 22. April starb.

4. Wilhelmine Weber, 18 Jahre, Edesheim, 1882 Drüsenvereiterung am Halse, Febr. 1883 Pleuritis dextra, dann Stechen im Bauche und Brust links. Die Periode blieb aus, dann kam wieder etwas Besserung. In der unteren Bauchgegend befand sich eine umschriebene Dämpfung und im hinteren Scheidengewölbe eine derbe, faustgrosse, uneben höckerige, mit dem Uterus fest verwachsene Geschwulst, welche für ein entzündetes Dermoid gehalten wurde. Bei der Operation am 2. Juli 1883 waren die Därme mit erbsengrossen Tuberkelknötchen besetzt, käsige Schwarten wurden mit grosser Mühe von den Därmen und der Bauchwand abgelöst und aus dem Douglas'schen Raume mit den Fingern und scharfem Löffel entfernt, endlich Jodoform eingestaubt und die Wunde geschlossen. Ein sehr starker Collaps dauerte zwei Tage, dann trat Besserung ein, bis am 11. Juli Koth aus der geplatzten Bauchnaht sich entleerte. Tod am 23. Juli durch Erschöpfung.

Section: Rechts alte Pleuraadhäsionen. Tuberculöse Peritonitis beiderseits auf die Pleura übergreifend. Genitalien normal. Zahlreiche Perforationen des Dickdarmes in die nach hinten abgeschlossene Wundhöhle. Darmschleimhaut frei. Thrombose der Vena cava, iliacae, in den Unterlappen der Lungen kleine Infarcte.

5. Frau Baum, Schifferstadt, 47 Jahre. Vater an Lungenleiden

gestorben, 3 Kinder. Vor drei Jahren leichte Bauchfellentzündung. Oft Husten ohne Auswurf. Unter häufigeren Metrorrhagieen, ziehenden Schmerzen, Stuhlverstopfung entwickelte sich seit 1 $^1/_4$ Jahren eine Geschwulst im Unterleib. Bei der Untersuchung fanden sich beiderseits im Douglas kindskopfgrosse, derb elastische, mit dem Uterus verwachsene Geschwülste, welche maligne Ovarialtumoren vermuthen liessen. Etwas freier Ascites. Bei der Laparotomie am 17. Juni 1888 fanden sich zahlreiche bis erbsengrosse Knötchen am Peritoneum und im Netze, welche mit der Bauchwand und den Beckenorganen verwachsen waren. Die Tuben und Ovarien waren käsig degenerirt und in faustgrosse Schwarten eingebacken, welche ebenso wie käsige Lymphstränge, die sich zwischen die Därme erstreckten, entfernt wurden. Jodoform. Erst am 5. Tage stieg die Temperatur auf 38,6 und blieb beiläufig so in den folgenden zwei Wochen.

Schon am 22. Juni brach die Wunde wieder auf und entleerte von da ab mehr oder weniger Koth.

Delirien und Hallucinationen dauerten wochenlang und erschwerten ungemein die Behandlung. Am 3. August war sie ausser Bett und am 9. August wurde sie mit wenig secernirender Kothfistel entlassen. Am 19. Oct. trat der Tod ein und bei der Section fand sich keine ausgeprägte Lungentuberculose, keine Darmgeschwüre, aber zahlreiche Knoten auf dem Peritoneum und Uterus. (Dr. *Demuth.*)

Wie aus dem Mitgetheilten hervorgeht, wurde von den sechs Fällen bloss 2mal die Diagnose tuberculöse Peritonitis vor der Operation richtig gestellt, während in den anderen Fällen chronische Peritonitis, Papillom oder Geschwülste der Ovarien mit Verwachsungen vermuthet wurden.

Dem entspricht wohl auch die Erfahrung, dass die bisher publicirten Operationen fast ausschliesslich Frauen betreffen, während z. B. *Oswald Vierordt* fast viermal so viel Männer als Frauen erkrankt fand.

Wir müssen die durch flüssiges Exsudat und miliare Knötchen charakterisirte Form von der mehr trockenen adhäsiven Peritonitis, welche durch derbe geschwulstähnliche Knoten, Platten und Stränge ausgezeichnet ist, unterscheiden. Die meisten Operationen scheinen bei

grossen Mengen flüssigen Exsudates vorgenommen worden zu sein und haben nach der Entleerung des Exsudates auch den meisten Nutzen gebracht. Weniger häufig scheint bisher die zweite Form Gegenstand operativer Eingriffe gewesen zu sein und auch die oben mitgetheilten drei Fälle sind nicht ermunternd. Unser erster Fall scheint hinzudeuten, dass die trockene tuberculöse Peritonitis aus der exsudativen hervorgehen kann, und eine Art Naturheilung mit Eindickung und Verkäsung der festen Bestandtheile und Resorption der Flüssigkeit darstellt. Dann dürften diese Fälle wohl überhaupt nur selten Gegenstand operativer Behandlung werden, während durch die gründliche frühzeitige Entleerung des flüssigen Exsudates diese Heilung viel sicherer und ohne so schlimme Reste zurückzulassen. herbeigeführt werden könnte.

Bei den Fällen, wo die Peritonitis von Tuberculose der Genitalien, des Darmes, der mesenterialen Lymphdrüsen secundär entsteht, muss es unsere Aufgabe sein, diese Localerkrankungen operativ zu behandeln, bevor dieselben zu einer diffusen Peritonitis geführt haben.

Für die Genitaltuberculose des Weibes hat *Hegar* die klinische Diagnose und die Indicationen der operativen Behandlung festgestellt. Für die Therapie der Darm- und mesenterialen Lymphdrüsentuberculose existiren erst dürftige Anfänge, und die Aussichten sind wohl auch gering, weil verhältnissmässig selten eine umschriebene primäre Localtuberculose hier diagnosticirt werden kann.

Für die Diagnose der tuberculösen Peritonitis dürfte neben der Vorgeschichte des Kranken und seiner erblichen Belastung das etappenweise Vorschreiten des Processes, welcher nicht selten auch wieder Besserungen zeigt, zu den charakteristischen Erscheinungen gehören. Wir sehen dabei ab von den acuten Fällen, welche von typhösen Symptomen, von hectischem Fieber begleitet sind. — Eine alte Knochen- oder Drüsennarbe, Trübungen der Hornhaut, eine vorausgegangene Pleuritis, leichte Spitzendämpfung können wichtige Fingerzeige abgeben, wenn auch Anamnese und Heredität manchmal im Stiche lassen.

Was den localen Befund betrifft, so finden sich bei genauer

Palpation neben dem freien oder abgesackten Exsudat in der Regel unregelmässige derbere Knollen und Stränge, schwartige Exsudatmassen in der Umgebung des Uterus. Die Untersuchung des Exsudates auf Tuberkelbacillen hat leider selten positive Resultate ergeben.

Was die Resultate der operativen Behandlung betrifft, so berichtet *Trzebitzky*, dass von 54 Fällen vierzig Mal die Heilung eingetreten sei, während bloss vier Patienten an den unmittelbaren Folgen der Operation gestorben sind. Leider waren meine oben mitgetheilten Erfolge nicht sehr ermuthigend. Wenn auch der operative Eingriff nicht direct als Todesursache anzusehen war, so wurde doch bei keinem die tuberculöse Erkrankung aufgehalten.

Es wäre aber wünschenswerth, wenn nicht nur alle operirten Fälle mitgetheilt würden, sondern wenn auch nach der Entlassung die Schicksale der operirten Kranken verfolgt würden, da wohl dann die Resultate der operativen Behandlung weniger günstig erscheinen dürften. Aber nur so können wir hoffen, präcisere Indicationen zu stellen, um zu entscheiden, in welchen Fällen wirklich Nutzen gebracht werden kann durch eine Operation, und in welchen das nicht möglich ist.

Prof. **Erb**: Demonstration von Kleinhirntumoren.

E. zeigt ein Kleinhirnpräparat mit drei ca. kastaniengrossen solitären Tuberkeln, von welchen zwei in den Hemisphären, einer jedoch im Wurm und zwar im Obenwurm gelegen war, hier den Lobulus monticuli fast gänzlich zerstörend. Bei dem an tuberculöser Meningitis gestorbenen Kranken waren während des Lebens — und er war längere Zeit vor dem Auftreten der Meningitis in klinischer Beobachtung gewesen — keinerlei auf das cerebellare Leiden deutende Symptome beobachtet worden (kein Schwindel, keine Ataxie, kein Erbrechen etc.); die Tumoren waren völlig latent geblieben. Der Fall reiht sich denjenigen Beobachtungen an, welche lehren, dass auch ziemlich beträchtliche, partielle Zerstörungen des Wurms bestehen können, ohne die hierfür als charakteristisch bezeichneten Symptome hervorzurufen. — Genauere Untersuchung und ausführliche Würdigung desselben werden folgen.
